



CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL  
ARTE DE CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE – (Ley 12818)

SEDE  
25 de Mayo 1867 – P.B. 3000 - Santa Fe  
Tel./Fax (042) 593385 (siete líneas rotativas)  
Tel./fax (042) 594305 - TURISMO

DÉLEGACION  
Jujuy 2150/54 – 2000 ROSARIO  
Tel./Fax (041) 251158 (5 líneas rotativas)

---

**Formulario de Prescripción para la solicitud de Prótesis/Ortesis/M.D.-A.C**

Apellido y Nombre:  
Edad:  
Diagnóstico:

Afiliado N°:

---

Descripción de la Prótesis u Ortesis solicitada con las especificaciones técnicas:

Fundamento medico del pedido, adjuntar Historia Clínica detallada en letra legible o impresa por computación:

Estudio previos efectuados (adjuntar los mismos):

Condiciones de la cirugía: Programada - Urgente

Fecha prevista de Cirugía:

Apellido y Nombre del Profesional solicitante:

Especialidad:

N° de Matrícula:

Fecha de la solicitud:

Sello y Firma del Profesional Actuante:

En carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, manifiesto expresamente haber leído el Reglamento para el Fondo Especial de Prótesis y Ortesis de la Obra Social para los Profesionales del Arte de Curar de la Provincia de Santa Fe (OSPAC) respecto a las normativas de provisión de prótesis, ortesis y todo otro elemento descartable o de utilización en el acto quirúrgico que por su alto costo se incluya en el mismo y en tal sentido realizo la presente solicitud. De conformidad.

Lugar y Fecha:

Firma del Afiliado Solicitante:

